

Зеленко А.В., Рычагов Г.П.,
Доронин В.С., Марейко А.М.

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ОСТЕОМИЕЛИТОМ**

/ Минск /

Проблема эффективного воздействия на гнойную инфекцию и по настоящее время остается нерешенной, несмотря на появление разнообразных антибиотических препаратов и их широкое внедрение в клиническую практику. Последний факт в свою очередь способствует изменению структуры микрофлоры, выделяемой из очага воспаления у больных хроническим остеомиелитом и обуславливает появление устойчивых к применяемым препаратам штаммов микробов. При бактериологическом исследовании из очага воспаления у наблюдавшихся нами больных была

выделена разнообразная микрофлора. В 48,6% выделена грамотрицательная палочка (*Ps.aeruginosae* - 34,1%, *Klebsiella pneumoniae* - 5,3%, *Proteus vulgaris* - 1,8%, *Proteus mirabilis* - 1,8%, *Escherichia coli* - 1,8%, *Xanthomonas maltophilia* - 1,8%), в 45,5% - гемолитический стафилококк, в 3,3% - золотистый стафилококк, в 2,69% - гемолитический стрептококк. Эти данные говорят о повышении роли грамотрицательной флоры в этиологии хронического остеомиелита. Данные изучения микробного населения у больных остеомиелитом (включая неклостридиальные анаэробные бактерии) позволяют рассматривать данную патологию как аэробно- анаэробную инфекцию и с учетом этого выбирать наиболее эффективные пути воздействия на нее в процессе лечения.

Одним из важных условий эффективности антибактериальной терапии является применение препаратов с учетом характера чувствительности микрофлоры и спектра действия антибиотиков. Важное значение для эффективности лечения имеет создание минимальной подавляющей рост концентрации препарата в крови.

По нашим данным отмечается средняя и высокая степень устойчивости *Ps.aeruginosae* к пенициллинам, цефалоспорином II поколения, канамицину, гентамицину, рифампицину, тетрациклину, фторхинолону. При лечении данной инфекции эффективными являются цефалоспорины 3 и 4 поколения, азтреонам, амикоцин, полимиксин В.

При лечении анаэробной инфекции эффективны клиндамицин, линкомицин, левомицетин, цефалоспорины, в сочетании с метранидазолом.

В случае низкой чувствительности микробных культур к антибиотикам успеха можно достигнуть комбинированным применением нескольких антибактериальных препаратов, используя различные пути их введения: внутримышечный, внутривенный, внутриаартериальный, внутрикостный. а так же сочетание различных методов.

За период с 1996 г. по 1997 г. в городском центре остеомиелитов 11 больным производилась катетеризация бедренной артерии с целью внутриаартериального введения антибиотиков и 13 больным произведена остеоперфорация с последующим внутрикостным введением антибиотиков. Из всех больных мужчин было 17, женщин 7, в возрасте от 20 до 57 лет.

В 11 случаях была произведена остеоперфорация большеберцовой кости, и по одному случаю - плечевой и бедренной кости. Катетеризация бедренной артерии в 8 случаях проводилась по поводу хронического остеомиелита костей голени, в 2 случаях - бедренной кости, в 1 случае - костей стопы.

Данные способы введения антибиотиков применяли, когда общепринятые способы (внутримышечный, внутривенный) эффекта не давали. Комплексное лечение с внутрикостным или внутриаартериальным введением препаратов показано в следующих случаях: 1) флегмона костномозгового канала, 2) обширные флегмоны мягких тканей, 3) инфицированные ложные суставы, 4) сросшиеся переломы, осложненные остеомиелитом, 5) хронические гематогенные остеомиелиты со злокачественным течением, 6) обширные гнойно - некротические раны.

Данные способы введения антибактериальных препаратов являются одним из компонентов комплексного лечения хронического остеомиелита и проводятся со строгим учетом антибиотикограммы.

Большинству больных проводилось оперативное лечение, предусматривающее фистулнекрэктомию с резекцией стенок секвестральной полости в пределах тканей, не вовлеченных непосредственно в данный процесс и вслед за этим осуществлялась санация полости с помощью озвучивания раствора антисептика с антибиотиком. В качестве озвучиваемых сред использовали хлоргексидин или новокаин с антибиотиками согласно антибиотикограмме. Длительность ультразвуковой кавитации 5-15 минут, после чего забирали материал для бактериологического контроля. Как показало бактериологическое исследование во всех случаях рост микробов отсутствовал. Благодаря достижению абактериальной среды стали шире применять пластику секвестральной полости с зашиванием раны наглухо, ограничиваясь дренированием зоны операции. Профилактика реинфекции достигалась в результате внутримышечного введения антибиотиков, а при наличии показаний прибегали к их внутривенному и внутриаартериальному введению. Послеоперационный период у таких больных протекал значительно легче, без выраженных общих и местных признаков воспаления.

Таким образом, основным методом лечения при хроническом остеомиелите является оперативное вмешательство, особенно при наличии костных полостей и секвестров. Антибиотикотерапия должна сочетаться с оперативным лечением. Важное значение имеет выбор оптимального пути введения антибактериального препарата с учетом чувствительности микрофлоры.